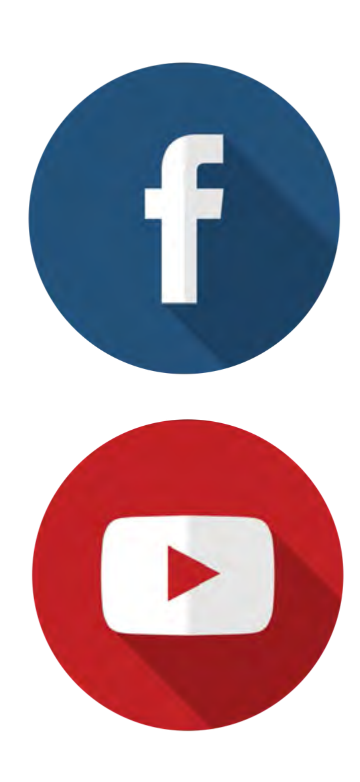

.Net
La Faculté
Seek Knowledge





Hémorragie de la délivrance

= Hgie du post-partum (HPP)

urgence obstétricale

- HPP = hémorragie d'origine utérine survenant ds les 24 premières h suivant accoucht. venant exclusivemt de la zone d'insert° placentaire
  DC≠: plaie vaginale ou cervicale
- perte > 500 ml (HPP sévère si > 1000 ml).
- cause de mortalité maternelle.

Physiologie :

- délivrance nle ds 30' suivant naissance.
- 4 condit°: vacuité complète + délivrance complète + bonne rétract° utérine + coagulat° sg nle.
- Délivrance + vacuité complète → rétract° utérine = glde utérin de sécurité (clinqt: utérus rétracté en sous ombilical)

rétract° = contract° du myomètre + compression des Vx utérins restés béants ds l'ancienne zone d'insert° placentaire = phénomène de ligature vivante = hémostase physiologique.

- la rétract° utérine nécessite une bonne hémostase, n'est possible que si l'utérus est totalemt vide : l'utérus gravidique est un gros muscle hypertrophié et hyper vascularisé, tout ce qu'il va l'empêcher de bien se contracter, va empêcher son auto-hémostase : ex :
  - inertie ou atonie utérine { épuisemt après long W ; distension extrême par macrosomie
  - corps intra-utérin { - cotyledon, frgts de mb. ; - fibrome, ...

Etiologies :

① atonie utérine+++ : anlie de la CU → mauvaise rétract° → ∅ glde utérin

* Facteurs favorisants :
  - travail prolongé = épuisemt musculaire, ou W trop rapide.
  - surdistent° utérine : gsse multiple, hydramnios, macrosomie
  - multiparité
  - âge ♀ > 39 ans (dégénérescence fibreuse du myomètre)
  - utérus fibromateux ou mal formé
  - utilisat° récente de tocolytiques
  - anesthésie profonde halogène

② Rétent° placentaire : anlie de la délivrance : utérus n'est pas vide → ∅ rétract°.
  ↳ totale : ∅ délivrance spontanée complète ds 30' suivant accoucht
  CAT → délivrance artificielle
  ↳ partielle : délivrance incomplète + rétent° d'1 frgt placentaire → Révision utérine

③ troubles de la coagulation : 2 à redouter → CIVD (libération de thromboplastines tissulaires par placenta + utérus) ↘ fibrinolyse.
cause / conséq d'Hgie obstétricale grave. (cercle vicieux)

* facteurs favorisants :
- prééclampsie.
- infection grave.
- HRP
- embolie amniotique
- prise d'anti-coagulants, coagulopathie

④ inversion utérine : exceptionnelle : la surface interne de l'utérus est extériorisée à la vulve (inversion en "doigt de gant")

* circonstances favorisantes :
- atonie utérine
- traction excessive sur le cordon lors de la délivrance
- P° abdominale intempestive sur le fond utérin lors de la délivrance "expression utérine".

⑤ Placenta accreta : anlie de l'implantation du placenta.
les villosités pénètrent de manière excessive ds épaisseur du myomètre.
→ il ∄ plan de clivage utérus / placenta suite à ∅ caduque basale
→ délivrance impossible : risque Hgie cataclysmique et de déchirure placentaire.
* elle se voit surtt sur utérus cicatriciel (altération de la muqueuse utérine au n° de la zone d'insertion placentaire)

à l'extrême = placenta percreta : villosités pénètrent jusqu'aux organes de voisinage = la vessie.

⑥ ATCDs Hgie de la délivrance.
⑦ anlies du placenta : excès de villosité, PP, cotylédons aberrants ...

: Clinique :
- Hgie externe très brutale, très abondante, survient immédiatemt après accoucht. elle est indolore, faite de sg rouge + nbreux caillots
⇒ Apprécier le volume exactemt.

- signes généraux : reflètent la tolérance de Hgie (état hémodynamique ↓PA, ↑FC, pâleur, soif, angoisse, sueur → choc hypovolémique)

- à l'examen :
↳ avant expulsion du placenta : rétention totale + utérus mou + ∅ activité contractile + utérus perçu très largemt au-dessus de l'ombilic.

↳ après expulsion placentaire : tableau d'inertie utérine ⓘ vérifier la vacuité utérine
- utérus mou, peu contractile, Fond utérin nettemt > ombilic
- ∅ globe utérin de sécurité

* **CAT** :
  - éliminer un trauma de la voie génitale +++ surtt si utilisat° de ventouses ou de forceps.
  - S/ anesthésie : révision utérine +++ ← tps essentiel + examen s/valve de tt filière génitale pour vérifier l'absence de déchirure du col ou du vagin ou la présence d'un hématome pelvi-génital.

Cplct° :
- choc hypovolémique.
- Σ^d de défibrinat° : CIVD suite à la perte des facteurs de coag° lors de l'hgie, surtt fg.
- IR f[lle] (oligo-anurie) suite ↓ FG
  secondairemt organique par néphropathie tubulo-interstitielle Â ou par nécrose corticale

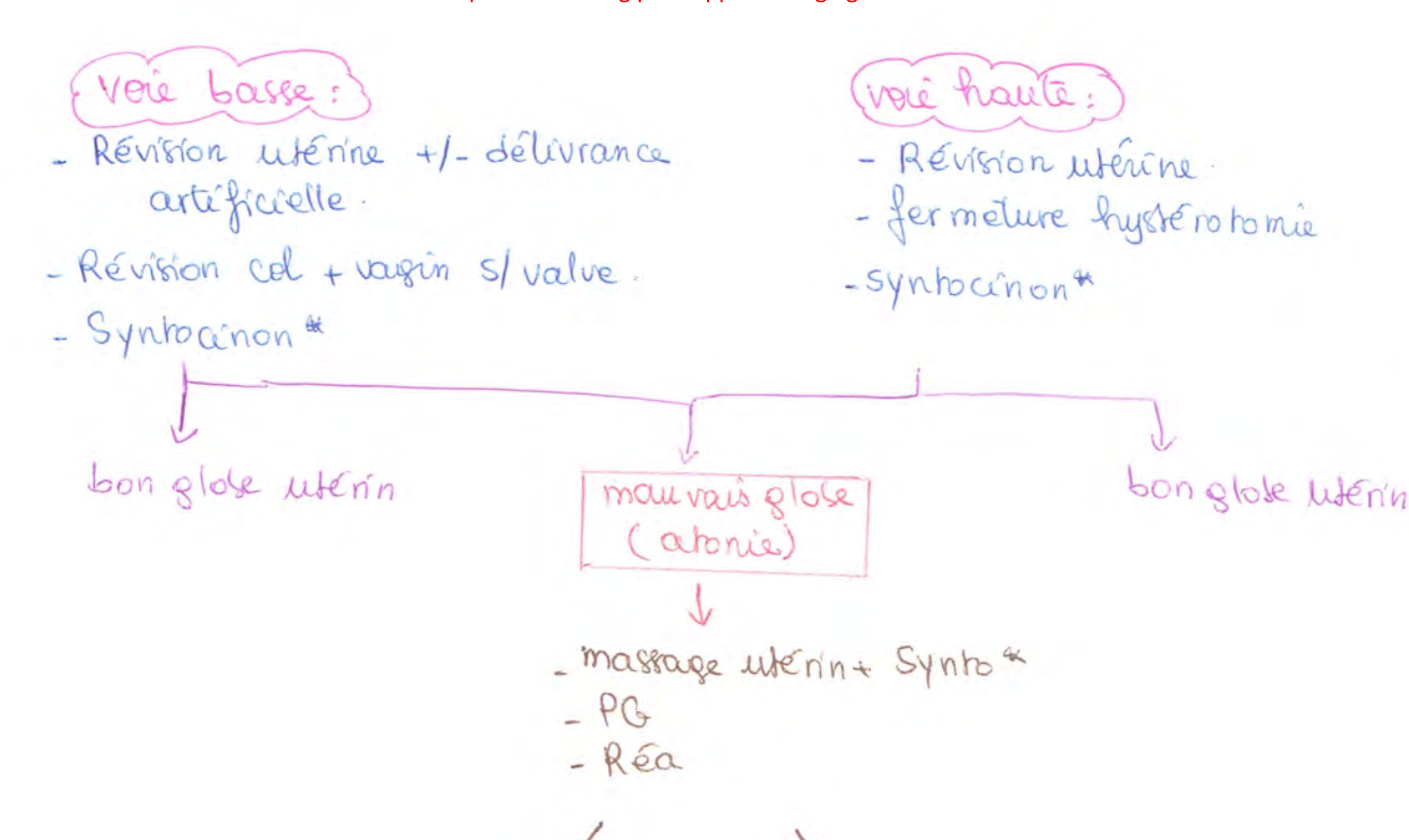
PEC :

⚠ d'une manière g[le] :

* **TRT 1e intent°** :
  - Réanimat° médicale.
  - assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale : révision utérine +++ + examen s/valve. ou délivrance artificielle + épisiorraphie rapide et suture de tt lésions
  - assurer les contract° utérines : perf ocytocine + massage utérin. (sac de sable au fond utérin)
* **TRT 2e intent°** :
  - PG.
  - rechercher et traiter les troubles de la coagulat°.
* **TRT 3e intent°** :
  - chir : ligature chir des artères utérines (TRT conservateur) / hystérectomie d'hémostase (TRT radical) (après échec des techniques conservatrices)
  - Rx interventionnelle : radioembolisat° sélective des artères utérines

* condit° de RU / délivrance artificielle : analgésique + asepsie + vessie vide

* examens compl : RAI (avt tt transfusion)
  NFS + crase sg.
  fonct° rénale + iono



Préventᵒ :

- respecter la physiologie de la délivrance : éviter tt manoeuvres intempestives sur placenta nn décollé.
- diriger la délivrance : 5UI de synto* dès dégagemt des épaules pour renforcer les CU et favoriser la délivrance.
- délivrance artificielle et révision utérine systématique
- examen du délivre.
- surveillance clinique : état hémodyn + quantificatᵒ écoulemt vulvaire + globe utérin.